

MALTRATO INFANTIL POR AGRESORES BAJO EFECTO DEL ALCOHOL¹

Lucia Julieta Abuná Salcedo²

Ana Maria Pimenta Carvalho³

Abuná LJS, Carvalho AMP. Maltrato infantil por agresores bajo efecto del alcohol. Rev Latino-am Enfermagem 2005 setembro-outubro; 13(número especial):827-35.

El objetivo de la investigación fue identificar el porcentaje de maltrato infantil provocado por agresores bajo efecto del consumo de alcohol en niños que fueron hospitalizados, durante las gestiones de 2000 a 2003 en un hospital infantil de La Paz, Bolivia. Se realizó una revisión de historias clínicas en registros de servicio social y de enfermería, identificando los casos de maltrato infantil en las condiciones pretendidas. Se hospitalizaron con este diagnóstico 0,62% del total de hospitalizaciones, de los cuales el 57,9% son provocados por agresores bajo efecto del alcohol. 12,9% de los casos mueren por traumatismo craneoencefálico. Los agresores se clasificaron como bebedores abusivos sin dependencia, con edades entre 20 y 30 años, son familiares de la víctima, con escolaridad hasta la primaria, no tienen empleo fijo y consumen otras drogas. Aunque no se tenga una clara identificación de la prevalencia del maltrato por la existencia de sub-registros y posiblemente por la subestimación del diagnostico es necesario que se intervenga junto a los niños victimizados e a los agresores. Ambos pueden estar expuestos a condiciones de estressantes.

DESCRIPTORES: alcoholismo; niño; síndrome del niño maltratado

CHILD MALTREATMENT DUE TO ALCOHOL ABUSE

The purpose of this paper was to investigate the occurrence of maltreatment in children abused by alcohol users. Authors looked at the records of children hospitalized from 2000 to 2003 at the Children Hospital "Dr. Ovidio Aliga Uria". Findings showed that among the total of hospitalizations, 0.62% were due to maltreatment. Considering them, 57.9% involved alcohol users. Approximately 12.9% of them died as a consequence of brain trauma. The characterization of the aggressors showed that they are abusive drinkers with no dependence; with age varying from 20 to 30 years, are members of the children's family; finished primary school, do not have a job and are drug users. Although the low percentage of cases, there is a need to take care of this situation aiming at protecting the children and respecting their rights as well as at providing care to the adult that also experiences stressing conditions.

DESCRIPTORS: alcoholism; child; battered child syndrome

MALTRATO INFANTIL A CRIANÇAS HOSPITALIZADAS POR AGRESSORES SOB EFEITOS DO ÁLCOOL

O objetivo deste trabalho foi investigar a ocorrência de maltrato infantil perpetrado por agressor usuário abusivo de álcool. Foram feitas consultas aos prontuários das crianças hospitalizadas no período de 2000 a 2003, no Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliga Uria". Encontrou-se que, do total de internações 0,62% referiam-se a casos de maus tratos. Destes 57,9% envolviam o agressor usuário abusivo de álcool. Aproximadamente 12,9% das crianças morrem em decorrência de traumatismo crânio-encefálico. A caracterização dos agressores mostrou que são bebedores abusivos sem dependência; situam-se na faixa etária de 20 a 30 anos; são familiares da criança; têm escolaridade primária/fundamental; não têm emprego fixo e consomem outras drogas. Embora em pequena porcentagem de ocorrência, tais casos revelam a necessidade de atenção seja pelo ângulo da proteção à criança e respeito a seus direitos, seja pela atenção ao adulto que também vivencia condições de tensão.

DESCRIPTORES: alcoolismo; criança; síndrome da criança maltratada

¹ Las opiniones expresadas en este artículo son de responsabilidad exclusiva de los autores y no representan la posición de la organización donde trabajan o de su administración; ² Enfermera, Aluna do II Curso Regional de Capacitação em Pesquisa para Enfermeiros da América Latina - CICAD; ³ Docente de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el desarrollo de la investigación en enfermería, correo electrónico: anacar@eerp.usp.br

INTRODUCCIÓN

La importancia de este estudio de abordar el fenómeno de la violencia en niños víctimas de maltrato infantil de parte de los agresores que consumen alcohol, parte de una vivencia transcurrida a lo largo de 15 años de ejercicio profesional, donde lamentablemente experimentamos situaciones difíciles al tener que afrontar objetivamente, cuadros desgarradores donde muchas veces el niño a tenido que soportar castigos que lesionan estructuras y órganos de su cuerpecito, donde apenas emiten un quejido de dolor y otras buscando que alguien los proteja con esa carita lleno de temor, como desconfiando de toda persona que se encuentra en su alrededor, es así como transcurre el que hacer de la enfermera brindando toda la atención al niño maltratado que ingresa a nuestro hospital en diferentes condiciones de salud.

Buscando la oportunidad de contribuir en la prevención de reincidentes agresiones, en estos niños que son en realidad víctimas del alcohol, que a lo largo de su trastorno reciben tratamiento médico y psicológico para superar el trauma vivido, surge la preocupación de actuar con los padres que también requieren una intervención, con el objetivo de que no vuelvan a repetirse acciones violentas en estos niños, ya que en ellos no existe ese contacto del profesional para educar sobre las drogas y la calidad de vida que todo ser humano debe tener, donde la cura mas efectiva es el amor, amar, cuidar y proteger a nuestros hijos es plantar la semilla de un futuro prospero y el mejor refugio contra esta plaga del consumo del alcohol que se traduce en abuso o maltrato infantil. Todo niño maltratado necesita ayuda y aun mas el padre o tutor que arremete bajo efectos del alcohol, por que todo tipo de maltrato tiene consecuencias a largo plazo. A pesar de que existe la intervención de la Brigada de protección a la familia, defensoría del niño niña adolescente donde actúan según refieren los padres, inculcando a los agresores haciéndoles ver mas la parte legal, no así en el amor filial es como parte del equipo multidisciplinario, la enfermera tiene la suficiente capacidad de desarrollar acciones de prevención y promoción, ya que ella es por excelencia una buena educadora debido a la relación que existe con el paciente, familia y comunidad. Las (los) Enfermeros por su formación generalista centrada en brindar una atención eficiente, donde pueden realizar cambios significativos en

pautas culturales y actitudes relacionadas al consumo del alcohol y drogas, es el profesional que transcurre las 24 horas del día junto al enfermo y la familia lo que le permite tener las condiciones para identificarlos problemas, tratarlos y participar de la rehabilitación, en este caso podría ser con la ejecución de un proyecto de intervención, desde la parte asistencial hacia los padres que agredieron bajo los efectos del alcohol y otras drogas para que no vuelvan a reincidir.

En este trabajo consideramos que los niños son, como todos los individuos, sujetos en desarrollo y que este proceso se debe a la relación que establecen con su ambiente. Así los niños tienen características personales propias que emergen a partir de la interacción entre sus componentes biológicos y sus experiencias de vida. Se considera como ambiente lo entorno en el cual los niños viven concebido en cuatro niveles. Estos niveles son: micro, meso, exo y macro sistemas. Para este autor, los niños crecen en contacto con el medio familiar, vecinos, instituciones como iglesias, escuelas y otras; sus padres, a su vez, participan de ambientes de trabajo, son bien aceptados o no, tienen sus propias historias de relacionamiento con sus padres y otros y todo esto está inmerso en un contexto social más amplio compuesto de reglas, jerarquías, relaciones económicas que influyen las ocurrencias y el modo de ser de un niño o niña⁽¹⁾.

Se pretende caracterizar el fenómeno de la violencia contra niños y adolescentes considerándose una descripción actual de su ocurrencia y tomándose algunos índices del ambiente en el cual ha ocurrido. Se toma en cuenta, aún, el modelo de Sicopatología del Desarrollo⁽²⁾, que considera el evento de violencia como una situación de riesgo que podrá afectar el desarrollo de este niño. Especialmente cuando se asocia a otros como la vida en condiciones socio económicas desfavorables y el abuso de alcohol y otras sustancias psicoativas como es el caso de los niños conducidos al hospital del Niño de La Paz.

En cuanto a la situación de riesgo, la violencia física o sexual puede estar participando de forma negativa de la trayectoria del desarrollo del individuo. La literatura muestra la asociación entre maltrato físicos/abuso sexual en la infancia y psicopatologías en el adulto especialmente en mujeres⁽³⁻⁶⁾.

La asociación entre alcoholismo de los padres y agresión física y/o abuso sexual es una causa de agresión, que asume proporciones considerables. La violencia existe en todas las culturas, mientras que

la agresión es de dominio de la naturaleza, o sea que toda violencia es: Social, histórica y por tanto capaz de ser controlada y erradicada, siempre y cuando haya voluntad política⁽⁷⁾.

Con respecto a abuso sexual, se caracterizo las familias de víctimas y fue encontrado que 74.4% de las familias eran disfuncionales y de estas 35 % eran caracterizadas por presencia de alcoholismo⁽⁸⁾. Padres alcohólicos o que usaron drogas tenían más posibilidades de agredir y violentar sus hijos que otros. Estos padres tienden a ignorar a sus hijos, se apartan de ellos, no tienen vínculos fuertes, dejan de cuidar de los niños y pueden ser agresivos y violentos⁽⁹⁾.

En Bolivia, un centro de referencia en la asistencia de niños es el Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría" de la ciudad de La Paz, con un promedio de atención aproximada de 50000 pacientes anualmente, donde uno de los diagnósticos es el maltrato infantil que en la mayoría de los casos son provenientes de familias con escasos recursos económicos y que no poseen de un seguro, ya que los padres que en la mayoría solo tienen trabajos eventuales lo que no les permite acceder a un seguro de salud, aunque a inicios de la presente gestión se puso en ejecución el SUMI (Seguro Único Materno Infantil), Plan estratégico de Salud Bolivia (2002), destinado a niños menores de cinco años, brindando toda la atención en forma gratuita, pero, con muchas limitaciones por la situación de crisis económica que tiene el país entero.

Los niños que ingresan presentan múltiples lesiones de diferentes magnitudes tanto físicas como psicológicas, y que en la mayoría son niños que provienen de familias con múltiples problemas sociales especialmente de familias donde los padres y/o tutores tienen antecedentes de consumo de alcohol y donde la magnitud de las lesiones muchas veces provocan la muerte de los mismos⁽¹⁰⁾.

La manifestación mas destructiva de la violencia y los conflictos familiares son el maltrato y el abandono de los niños, reconocido por la Asamblea Médica Mundial como un problema universal de salud, el maltrato infantil no solo resulta denigrante e inhumano, sino que se acompaña de altas tasas de mortalidad y morbilidad afectando profundamente la calidad de vida de sus víctimas⁽¹¹⁾.

Maltrato infantil

Desde el punto de vista conceptual, la

definición del maltrato infantil, no es igual para todos los profesionales. En general, se acepta como "Cualquier acción u omisión no accidental por parte de los padres (cuidadores) responsables que compromete la satisfacción de las necesidades básicas del menor". Sin embargo existe otra definición del Centro Internacional de la Infancia de París que considera que el maltrato infantil es: "Cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondiente y o que dificulten su óptimo desarrollo"⁽¹²⁾.

Definen también al maltrato infantil todas aquellas acciones intencionadas, o por omisión o por cualquier actitud pasiva o negligente, que lesionen o puedan lesionar potencialmente a un niño hasta provocarle daños que interfieran u obstaculicen su desarrollo físico, psicológico, emocional y social⁽¹¹⁾. Que haciendo un análisis tienen relación toda.

Un niño maltratado puede no presentar signos manifiestos de haber sido golpeado, pero puede mostrar múltiples señales clínicas menores de privación emocional y en ocasiones, de privación nutritiva, abandono y abuso⁽¹³⁾.

Clasificación del maltrato: Se puede clasificar en:

- Maltrato por acción y maltrato por omisión.
- Maltrato por acción: Se divide en: maltrato físico, abuso fetal, Maltrato psicológico o emocional, abuso sexual.
- Maltrato por omisión se divide en: El abandono o negligencia, el cual se subdivide en: Abandono Físico y negligencia o abandono educacional.

Maltrato Físico

Es el uso de la fuerza física de forma intencional, no accidental practicada por padres responsables, familias o personas próximas del niño o adolescente, con el objeto de herir, dañar o destruir este niño o adolescente, dejando marcas evidentes⁽¹³⁻¹⁴⁾.

El consumo del alcohol es el hábito social más antiguo que se encuentra diseminado en todo el mundo, se encuentra asociado a ritos religiosos, costumbres culturales y hasta atribuidas como una variedad de efectos como calmantes, afrodisíaco, estimulante del apetito, desinhibidor y otros.

Es una sustancia soluble en agua que circula libremente por todo el organismo afectando a células y tejidos, comenzando por un proceso de cambios metabólicos que en su primera etapa da lugar al acetaldehído que es mas toxico que el alcohol. Tiene como resultado final, hipertensión arterial por la ingestión exagerada de lípidos y el efecto sobre las glándulas suprarrenales que producen cortisona⁽¹⁵⁾.

Estudios científicos demuestran que el alcohol tiene un efecto toxico directo sobre el hígado y el cerebro que dan lugar a deficiencias en el funcionamiento hepático y a disminución de la memoria y de las capacidades intelectuales del alcohólico.

El alcohol se considera cada vez mas como una droga que modifica el estado de ánimo y menos como una parte de la alimentación, una costumbre social o un rito religioso⁽¹⁵⁾.

Alcoholismo

La OMS define el alcoholismo como todo uso de bebidas alcohólicas que cause daño de cualquier tipo la individuo, a la sociedad o a los dos, plantea que es un trastorno conductual crónico manifestado por ingesta repetidas de alcohol, excesiva respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor.

Clasificación del paciente alcohólico:

Se clasifica en: Bebedor excepcional, bebedor social, bebedor moderado, bebedor abusivo sin dependencia, bebedor dependiente alcohólico sin complicaciones, bebedor dependiente alcohólico complicado y dependiente alcohólico en fase final.

La línea que separa la normalidad de la enfermedad se encuentra entre el bebedor social y el bebedor abusivo sin dependencia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Bolivia es un país en desarrollo donde la pobreza, la crisis socio-económica, la falta de fuentes de trabajo y la falta de realización personal, inducen al alcoholismo como se identifico en muchos trabajos realizados que muestran que el alcoholismo es causa de maltrato infantil en un 53,8% en niños menores de 10 años⁽¹⁶⁾.

En Bolivia no hay un registro oficial de

maltrato infantil y el alcoholismo ni programas de control y apoyo a la familia, lo cual nos ha motivado a plantear el siguiente trabajo aunque con muchas limitaciones en su realización

OBJETIVOS

General

Determinar el porcentaje de maltrato infantil provocado por agresores bajo efecto del consumo de alcohol en niños que fueron hospitalizados en el Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría" La Paz-Bolivia.

Específicos

- Identificar las características sociodemográficas del agresor (edad, sexo, ocupación, grado de escolaridad).
- Identificar las características sociodemográficas del niño (edad, sexo, grado de escolaridad, números de hermanos, tipo de vivienda, lugar de residencia).
- Determinar tipos maltrato infantil (clasificación).
- Identificar el grupo etareo más vulnerable al maltrato infantil.
- Identificar el número de niños que recibieron maltrato, ya sea por los tutores, padres, parientes u otras personas bajo efectos del alcohol.
- Determinar el consumo de alcohol y otras drogas por el agresor.
- Clasificar el tipo de alcoholismo de los agresores.
- Identificar los diagnósticos más frecuentes en niños hospitalizados por maltrato infantil.
- Determinar la prevalencia de mortalidad en el maltrato infantil.
- Determinar el lugar donde se produjo el maltrato infantil
- Determinar el porcentaje de intervención de la Oficina de La Defensoría del Niño niña y adolescente en el maltrato infantil secundario al alcoholismo.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo estudio

El presente trabajo de investigación es de tipo retrospectivo, descriptivo y analítico.

Area de estudio

Fue realizado en el Hospital del niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría" durante las gestiones de 2000 a 2003.

Universo

Para el presente estudio de tomo en cuenta todos los niños internados con diagnostico de maltrato infantil en el Hospital del niño.

Muestra y técnica de muestreo

En el estudio se incluyo todos los niños menores de 14 años con diagnósticos de maltrato infantil hospitalizados en el Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría" de la ciudad de La Paz de las gestiones del 2000 a 2003.

Material

La hoja de recolección de datos fue diseñado en base a referencias de anteriores estudios referentes al tema, donde se consideraron las siguientes variables:

- Variables de identificación: Nombre, edad, sexo, Grado de escolaridad, numero de hermanos.
- Variables socio-demográficas: Localización de la vivienda, condiciones de la vivienda, numero de hermanos, numero de hijo y características del grupo familiar.
- Variables de impresión diagnóstica: Diagnósticos de ingreso y egreso, tipo de lesión y estado de alta hospitalaria.
- Variables referentes al agresor: Edad, sexo, nivel de parentesco, grado de escolaridad, ocupación y otras drogas de consumo y hábitos sobre el alcohol, lugar donde se produjo el maltrato del niño.
- Variables referentes a trabajo social: Persona que denuncia el maltrato, valoración por medicina forense, participación de la Defensoría del Niño niña adolescente. Reinserción al grupo familiar o su remisión a un hogar de la Defensoría.

Criterios de inclusión y exclusión:

Se incluye en el estudio pacientes con las siguientes características:

- Paciente con diagnostico de maltrato infantil hospitalizado.

- Paciente internado durante las gestiones del 2000 a 2003.

- Paciente menores de 14 años.

- Maltrato infantil por agresores bajo los efectos del alcohol.

Se excluyeron los casos siguientes:

- Pacientes con historias mal documentados que no tienen registros completos.

- Pacientes que fueron transferidos a otros centros.

- Paciente con diagnostico de maltrato infantil no corroborados.

- Maltrato infantil de paciente hospitalizados provocados por agresores por causas diferentes al consumo de alcohol.

Los datos se obtuvieron de la revisión de las Historias Clínicas, Registros de Enfermería y de Trabajo Social. Divididos en las siguientes etapas:

- Primera etapa: Identificación de casos de maltrato infantil hospitalizados, en el periodo de octubre de 2000 a marzo de 2003.

- Segunda etapa: Recolección de datos en hoja diseñada según los criterios de inclusión y exclusión de los pacientes.

- Tercera etapa: Recopilación de los casos y tabulación y análisis estadísticos descriptivos en el programa informativo EPI 6.

RESULTADOS

Para el estudio se consideraron la revisión de historias clínicas de 4 gestiones, desde el 2000 a 2003 solo de pacientes que fueron internados en el hospital. De los cuales se tomaron en cuenta a los pacientes con diagnósticos de maltrato infantil provocados por agresores bajo efectos del alcohol. Durante los cuatro años se hospitalizaron 5574 niños menores de 14 años, de los cuales se internaron con diagnósticos de maltrato infantil 107 niños, que corresponden aproximadamente el 0,62% (Tabla 1). Los niños internados con diagnostico de maltrato infantil por agresores secundario al consumo de alcohol fueron 62 niños, que corresponde al 57,9% de todos los casos de maltrato infantil. En el grupo estudiado se identificaron 32 niñas (51,6%) y 30 niños (48,4%). El 79% tienen 2 o mas hermanos.

Tabla 1 - Porcentaje de maltrato infantil hospitalizado por agresores bajo efectos del alcohol (La Paz, 2004)

Año	Nº de Hospitalizados	Diagnósticos de maltrato infantil			Porcentaje (%)
		Total	Alcohol	%	
2000	3765	26	17	66,0	0,69
2001	3923	29	16	55,5	0,73
2002	3989	28	15	53,5	0,70
2003	5574	24	14	58,3	0,43
Total	17251	107	62	57,9	0,62

En un 53,2% de los maltratos infantiles son provocados por personas que están catalogados como bebedor abusivo sin dependencia, seguido en un 33,9% por bebedores dependientes sin complicaciones y en 12,9% provocados por bebedores sociales (Tabla 2). Según la clasificación del consumo de alcohol.

Tabla 2 - Clasificación de los agresores alcohólicos

Clasificación	Casos	Porcentaje (%)
Bebedor excepcional	0	0,0
Bebedor social	8	12,9
Bebedor abusivo sin dependencia	33	53,2
Bebedor dependiente si complicaciones	21	33,9
Dependiente alcohólico complicado	0	0,0
DAC en fase final	0	0,0
Total	62	100,0

El maltrato infantil se clasifica en varios grupos de los cuales identificamos que en un 54,8% es maltrato físico, seguido por abandono o negligencia con 22,9% y abuso sexual con 22,3%. Son los tres grupos que se lograron identificar como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3 - Clasificación del Maltrato Infantil

Clasificación	Casos	Porcentaje (%)
Maltrato físico	34	54,8
Abuso fetal	0	0,0
Maltrato Psicológico	0	0,0
Abuso sexual	13	22,3
Abandono o negligencia	14	22,9
Total	62	100,0

El grupo atareo que sufre maltrato infantil en mayor proporción por agresores bajo efectos del alcohol son los niños de 5 a 12 años de edad que representa un 46,7%, seguido del grupo de 1 a 4 años con 32,2%.

Los niños con maltrato infantil por agresores bajo efectos del alcohol en un 51,6% no recibieron educación escolar.

Los diagnósticos mas frecuentes encontrados en orden de importancia fueron: abuso sexual 21%, TEC al igual que las infecciones con 14,5%, fracturas óseas y agresión física 12,9% Entre el grupo estudiado

se halló que un 12,9% fallecieron por distintas causas, siendo la causa principal el TCE con un 55%, como se demuestra en la Tabla 4.

Tabla 4 - Diagnósticos en el maltrato infantil

Clase de maltrato infantil	Maltrato infantil			Porcentaje (%)
	Casos	Fallecidos	Mejorados	
Abuso sexual	13	0	13	21,0
Agresión física	8	0	8	12,9
Intento de ahogamiento	1	1	0	1,6
Desnutrición	5	1	4	8,1
Fracturas	8	0	8	12,9
Infecciones	9	0	9	14,5
Intoxicaciones	5	0	5	8,1
Quemaduras	4	1	3	6,5
TCE	9	5	4	14,5
Total	62	8	54	100,0

TCE = traumatismo craneo encefálico

Los agresores bajo efectos del alcohol son en su mayoría del grupo de 21 a 30 años de edad como se muestra en el Tabla N° 5 y son varones 62% (42 personas) y mujeres el 38% (27 personas). Además los niños en un 14,6% (9 casos) son agredidos por dos personas al mismo tiempo y el 58,4% (59 casos) por una persona.

El grado de parentesco muestra que los que causan mayor maltrato infantil bajo efectos del alcohol son la madre y el padrastro que muestra la Tabla 5. Los agresores tienen bajo nivel de educación ya que el 77,5% solo cursó la primaria y ninguno llegó a realizar cursos superiores o universitarios.

Tabla 5 - Grado de parentesco del agresor con el niño

Grado de Parentesco	Casos	Porcentaje (%)
Padres	9	14,5
Padre	9	14,5
Madre	16	25,9
Padrastro	14	22,5
Madrastra	2	3,2
Hermanastro	1	1,6
Parientes	5	8,1
Vecinos	2	3,2
Amigos	1	1,6
Otros	3	4,8
Total	62	99,9

Parientes = Abuelos, hermanastro, primos y tíos

Otros = Jefe, Desconocido

Los agresores en un 22,6% (14 personas) tienen un empleo fijo y el resto se encuentra entre desempleado, subempleado o trabaja en actividad informal. Entre los agresores el 32,2% consumen otras drogas como cocaína, marihuana, tañer, clefa o gasolina.

La denuncia del maltrato infantil es realizado en un 43,6% (27 casos) por los padres y el resto por los parientes, el mismo niño y otras personas ajenas a la familia. El lugar donde recibe el maltrato infantil por agresores bajo efectos del alcohol en mayor proporción es en la vivienda (80,7%) y residen en su mayoría en barrios marginales (57,7%).

La organizaciones gubernamentales solo registran los casos remitidos a la Oficina de la defensoría del menor por tanto los que llegaron hasta esta situación fueron 9 casos que representa 14,5% el resto no fue remitido. El 35,5% (22 casos) de los niños se reintegro a la familia con el conocimiento de la trabajadora social del Hospital.

DISCUSIÓN

Una de las manifestaciones más destructivas de la violencia y conflictos familiares es el maltrato y abandono de los niños, Reconocido por la Asamblea Médica Mundial como un problema universal de salud, el maltrato infantil no solo resulta denigrante e inhumano, si no que se acompaña de altas tasas de mortalidad y morbilidad y afecta profundamente la calidad de vida de sus víctimas⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

En Bolivia no hay datos estadísticos que reflejen la prevalencia del maltrato infantil ni del alcoholismo de los padres y de la población en general, y solo es registrado en las Oficinas de la Defensoría de la niñez casos que son denunciados por Instituciones.

El presente trabajo es una revisión retrospectiva de historias clínicas de niños hospitalizados con diagnostico de maltrato infantil provocados por agresores bajo los efectos del alcohol en el Hospital de Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría" de la ciudad de La Paz-Bolivia durante las gestiones 2000 al 2003. En general, los niños con maltrato infantil hospitalizados representan un promedio de 0,62% de todas las internaciones por año, de los cuales fueron el 57,9% (62 casos) causados por agresores bajo el efecto del alcohol denunciados y fue necesario su internación por la gravedad del niño. Solo son dados a conocer y remitidos a la Defensoría el 14,5% (9 casos) y el resto es manejado por el servicio de Trabajo social del Hospital.

El Hospital del Niño, dependiente del estado, es un centro de tercer nivel de referencia que presta sus servicios a la población de la ciudad de La Paz,

ciudad de El Alto y Achocalla. Cuenta con una población de 1476721 aproximadamente (año 2001), de los cuales el 531028 son menores de 14 años. Con una tasa de crecimiento anual ínter censal de 2,74%⁽¹⁶⁾.

El año 1999, un estudio en Santiago de Cuba encontró 56,3% de violencia infantil intrafamiliar en niños de 8 a 10 años, de los cuales el 6,6% son causados por el alcoholismo de los padres o tutores⁽¹⁷⁾. Entre las formas más comunes de violencia en niños estan las agresiones físicas. En Yucatán se encontró un 70% de los niños sufren de maltrato infantil. Estos datos no son comparables con los datos encontrados en este estudio ya que son solo casos graves de maltrato infantil que requirieron internación provocados por agresores bajo efectos del alcohol⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

La madre bajo efectos del alcohol es la que más comete maltrato infantil (40,3%) y en menor porcentaje los padres (29%) y los padrastros en 22,5%. En otros estudios la madre fue identificada como la persona que más maltrata (62%) padres (27%) padrastros (10,2%). Por tanto, en este estudio podemos suponer que es mayor el maltrato por los padrastros y en menor grado por la madre bajo efectos del alcohol aunque no son comparables.

Otros pesquisadores afirman haber hallado 23,8% de alcoholismo de los padres que maltratan a los niños⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. En nuestro estudio los padres que consumían alcohol y otras drogas es de 54,8% que es mayor a otros estudios.

En relación con la persona que mas maltrata al niño, los studios señalan entre los predominantemente abusadores a los familiares y allegado⁽⁷⁻⁹⁾. Nosotros encontramos que es el 90,4% son familiares y allegados que maltratan al niño bajo efectos del alcohol.

Entre el 50% y el 80% de los casos de abuso y maltrato infantil involucran el uso del alcohol y drogas por parte de los padres⁽¹¹⁾. En el estudio es el 57,9% de los casos entre los internados por maltrato infantil.

La mortalidad por maltrato infantil provocada por agresores bajo efectos del alcohol es de 12,9%, de los cuales el 62,5% fueron por TCE severo (5 casos) seguido por intento de ahogamiento, Desnutrición y quemaduras graves. Otros estudio reportan que el trauma craneoencefálico (TCE) es la principal causa de mortalidad por maltrato infantil

aproximadamente el 12% la mayoría son niños de 2 años de edad⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ que es una cifra muy inferior a lo que encontramos en este estudio.

CONCLUSIONES

Los datos presentados nos llevan a las siguientes conclusiones: el maltrato infantil es un problema universal de salud, agravado en un 57,9% por el consumo de alcohol de los mayores.

No se puede determinar la Prevalencia del maltrato infantil en general por la existencia de sub-registros y posiblemente por la subestimación del diagnóstico de maltrato infantil en los centros de atención ya que se espera que haya un denunciante del maltrato.

Entre los agresores bajo efectos del alcohol se clasificaron como bebedor abusivo sin dependencia en un 53,2%, en un 41,9% son de la tercera década de vida, en 90,4% son familiares, el 77,5% solo cursaron estudios hasta la primaria, el 77,4% no tienen empleo fijo, el 32,2% consumen otras drogas como cocaína tiner y clefa.

Los niños que recibieron maltrato infantil por agresores bajo efectos del alcohol tienen dos o más hermanos en un 79%, los que mas sufren se encuentran entre 5 a 12 años (escolares) en un 46,7%, en 51,6 no recibieron educación escolar básica y viven en barrios marginales el 57,7%.

La mortalidad por maltrato infantil hospitalizados por agresores bajo efectos del consumo del alcohol es aproximadamente de 12,9% de los cuales mueren por TCE en un 62,5%.

Los casos más frecuentes de maltrato infantil fueron en orden de frecuencia la agresión física, abandono o negligencia y abuso sexual.

RECOMENDACIONES

Las políticas de salud del gobierno deberían de considerar un programa especial de prevención primaria para disminuir el maltrato infantil y el alcoholismo en nuestro medio ya que causa casi más de la mitad de las internaciones hospitalarias por maltrato infantil.

Ofrecer educación preventiva a todos los niños, adolescentes y adultos jóvenes; Proveer de acceso directo a los servicios de protección a los hijos de padres alcohólicos o drogadictos, y facilitar servicios de asesoría a los padres que sufran graves niveles de estrés.

El programa del tratamiento puede incluir la terapia del grupo con jóvenes en la misma situación, lo cual reduce el aislamiento que sienten los hijos de los alcohólicos. El siquiatria de los niños y adolescentes trabaja a menudo con toda la familia, particularmente cuando el padre alcohólico ha dejado de tomar, para sí desarrollar formas saludables de relacionarse entre los miembros de la familia.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Comisión Interamericana para el Control de Drogas/CICAD, al Programa de Becas de la OEA, al Gobierno del Japón, a todos los docentes de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el desarrollo de la investigación en enfermería, y a los quince representantes de los ocho países de Latinoamérica que participaron del "II Programa Regional de Capacitación en Investigación para Enfermeros de América Latina" implementado en la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo el año de 2003.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bronfenbrenner U. The ecology of human development. Cambridge: Harvard University Press; 1979.
2. Rutter M, Garmezy N. Developmental Psychopathology. In: Hetherington EM, editor. Handbook of child psychology, v. 4. New York: Wiley; 1983.
3. Bryer JB, Nelson BS, Miller JB, Kroll PA. Childhood Sexual and Physical Abuse as Factors in Adult Psychiatric Illness. Am Psychiatr. 1987; 144(11):1426-30.
4. Brown GR, Bradley A Psychiatric Morbidity in Adult Inpatients with Childhood Histories of Sexual and Physical Abuse. Am Psychiatr. 1991; 148(1):55-61.

5. Windle M, Windle RC, Scheidt DM, Miller GB. Psychol and Sexual abuse and associate mental disorders amory and alcoholic inpatients. Am Psychiatr. 1995; 159(2):1322-8.
6. Bonifaz RGV, Nakano AMS. La violencia intrafamiliar, el uso de drogas en la pareja, desde la perspectiva de la mujer maltratada. Rev Latino-am Enfermagem 2004 março-abril; 12(número especial):433-8.
7. Guerra VA. Violencia de pais contra filhos. São Paulo: Cortez; 1993.
8. Onostre GR. Abuso sexual en niñas y niños:consideraciones clínicas. Rev Boliv Pediatr. 1998; 37: 45-9.
9. Bariolla MF, Marques MB. Fatores causadores e interagentes de violência contra crianças, Psico. 1999; 4(1):57-75.

10. Montenegro R. Médicos, Pacientes y Sociedad: Derechos Humanos y responsabilidad profesional de los médicos. En: Asociación Psiquiátrica de América Latina. Documentos de las Organizaciones Internacionales. Buenos Aires: Asociación Psiquiátrica de América Latina; 1998. p. 313.
11. Artilles de León I, Pérez Gonzáles E. Maltrato Infantil. En: Artilles de León I. Violencia y Sexualidad. Buenos Aires: Editorial Científico; 1998. p.35-53.
12. Tardieu AA. Étude médico-legale sur l'infanticide En: Helfer RE, Kempe CH. The battered child. Chigago:University of Chicago; 1969. p.89-92.
13. Mathews IS, Pillon SC. Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico, en el Perú. Rev Latino-am Enfermagem 2004 março-abril; 12(número especial):359-68.
14. Vicente JF. Síndrome del niño maltratado y del niño golpeado. En: Freedman AM, Kaplan ML, Sadok BJ. Tratado de Psiquiatría. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1992.
15. Deslandes SF. Prevenir la violencia, un desafío para profesionales de Salud. Rio de Janeiro: Fundación Oswaldo Cruz/Escuela Nacional de Salud Pública/Centro Latino Americano de Estudios sobre Violencia e Saude Jorge Careli; 1997.
16. Gonzáles R. Variedad de alcoholismo. Rev Cubana Biomed. 2003; 22(1):25-31.
17. Restepro E, Bresciani S, Ochoa C. Maltrato infantil: síndrome del niño sacudido. Pediatría. 1997; 32:2-8.
18. De la Barra MF, Álvarez P, Toledo V, Rodríguez J. Pesquisa de maltrato juvenil e infantil. Rev Child Pediatr. 1995; 66(2):112-7.
19. Blanco TI, Salvador AS, Cobian MA, Bello SA. Maltrato infantil Intrafamiliar en un área de salud de Santiago de Cuba. Medisan 2000; 4(3):30-7.